

SERFF Tracking Number: UHLC-125605542 State: Arkansas  
 Filing Company: Unimerica Insurance Company State Tracking Number: 38686  
 Company Tracking Number:  
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other  
 Product Name: Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
 Project Name/Number: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

## Filing at a Glance

Company: Unimerica Insurance Company

Product Name: Group Insurance Applications & SERFF Tr Num: UHLC-125605542 State: ArkansasLH

Enrollment Forms

TOI: H16G Group Health - Major Medical

SERFF Status: Closed

State Tr Num: 38686

Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other

Co Tr Num:

State Status: Approved-Closed

Filing Type: Form

Co Status:

Reviewer(s): Rosalind Minor

Author: Gary Officer

Disposition Date: 04/22/2008

Date Submitted: 04/10/2008

Disposition Status: Approved-Closed

Implementation Date Requested: On Approval

Implementation Date:

State Filing Description:

## General Information

Project Name: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica Status of Filing in Domicile: Not Filed

Project Number: GEREE041008 - Unimerica

Date Approved in Domicile:

Requested Filing Mode: Review & Approval

Domicile Status Comments: The forms being submitted are Arkansas specific and will not be used or filed in our domiciliary state of Wisconsin.

Explanation for Combination/Other:

Market Type: Group

Submission Type: New Submission

Group Market Size: Small and Large

Overall Rate Impact:

Group Market Type: Employer

Filing Status Changed: 04/22/2008

State Status Changed: 04/22/2008

Deemer Date:

Corresponding Filing Tracking Number:

Filing Description:

Spanish Versions of Employer Applications and Employee Enrollment Forms filed in 2007.

SERFF Tracking Number: UHLC-125605542 State: Arkansas  
 Filing Company: Unimerica Insurance Company State Tracking Number: 38686  
 Company Tracking Number:  
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other  
 Product Name: Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
 Project Name/Number: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

## Company and Contact

### Filing Contact Information

Gary Officer, Senior Contract Specialist Gary\_F\_Officer@uhc.com  
 5901 Lincoln Dr (952) 992-5515 [Phone]  
 Edina, MN 55436

### Filing Company Information

Unimerica Insurance Company CoCode: 91529 State of Domicile: Wisconsin  
 PO Box 150450 Group Code: 707 Company Type: Life and Health  
 Hartford, CT 0606115-0450 Group Name: State ID Number:  
 (860) 702-6017 ext. [Phone] FEIN Number: 52-1996029  
 -----

## Filing Fees

Fee Required? Yes  
 Fee Amount: \$100.00  
 Retaliatory? No  
 Fee Explanation: \$20 per form - five forms  
 Per Company: No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Unimerica Insurance Company	\$0.00	04/10/2008	

CHECK NUMBER	CHECK AMOUNT	CHECK DATE
30481678	\$100.00	04/04/2008

SERFF Tracking Number: UHLC-125605542 State: Arkansas  
Filing Company: Unimerica Insurance Company State Tracking Number: 38686  
Company Tracking Number:  
TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other  
Product Name: Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
Project Name/Number: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

## Correspondence Summary

### Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Rosalind Minor	04/22/2008	04/22/2008

*SERFF Tracking Number:* UHLC-125605542      *State:* Arkansas  
*Filing Company:* Unimerica Insurance Company      *State Tracking Number:* 38686  
*Company Tracking Number:*  
*TOI:* H16G Group Health - Major Medical      *Sub-TOI:* H16G.001C Any Size Group - Other  
*Product Name:* Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
*Project Name/Number:* Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

## **Disposition**

Disposition Date: 04/22/2008

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number: UHLC-125605542 State: Arkansas  
 Filing Company: Unimerica Insurance Company State Tracking Number: 38686  
 Company Tracking Number:  
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other  
 Product Name: Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
 Project Name/Number: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

<b>Item Type</b>	<b>Item Name</b>	<b>Item Status</b>	<b>Public Access</b>
<b>Supporting Document</b>	Certification/Notice	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Application	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Readability Certification	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Cover Letter	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Translation Certification - SB.ER.07.AR.SP	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Translation Certification - SB.EE.07.AR.SP	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Translation Certification - SB.EESHT.07.AR.SP	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Translation Certification - SB.EELNG.07.AR.SP	Approved-Closed	Yes
<b>Supporting Document</b>	Translation Certification - SB.EEONEQ.AR.SP	Approved-Closed	Yes
<b>Form</b>	Employer Application - Spanish	Approved-Closed	Yes
<b>Form</b>	Employee Enrollment Form - Non-Medical - Spanish	Approved-Closed	Yes
<b>Form</b>	Employee Enrollment form - Short Form - Spanish	Approved-Closed	Yes
<b>Form</b>	Employee Enrollment Form - Long Form - Spanish	Approved-Closed	Yes
<b>Form</b>	Employee Enrollment Form - One Question - Spanish	Approved-Closed	Yes

SERFF Tracking Number: UHLC-125605542 State: Arkansas  
 Filing Company: Unimerica Insurance Company State Tracking Number: 38686  
 Company Tracking Number:  
 TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other  
 Product Name: Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
 Project Name/Number: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

## Form Schedule

**Lead Form Number:** SB.ER.07.AR.SP 10/07

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
Approved-Closed	SB.ER.07.AR.SP 10/07	Application/ Enrollment Form	Employer Application - Spanish	Initial		40	SB.ER.07.AR.SP 10-07.pdf
Approved-Closed	SB.EE.07.AR.SP 10/07	Application/ Enrollment Form	Employee Enrollment Form - Non-Medical - Spanish	Initial		40	SB.EE.07.AR.SP 10-07.pdf
Approved-Closed	SB.EESHT.07.AR.SP 12/07	Application/ Enrollment Form	Employee Enrollment form - Short Form - Spanish	Initial		46	SB.EESHT.07.AR.SP 12-07.pdf
Approved-Closed	SB.EELNG.07.AR.SP 10/07	Application/ Enrollment Form	Employee Enrollment Form - Long Form - Spanish	Initial		42	SB.EELNG.07.AR.SP 10-07.pdf
Approved-Closed	SB.EEONEQ.07.AR.SP 10/07	Application/ Enrollment Form	Employee Enrollment Form - One Question - Spanish	Initial		46	SB.EEONEQ.07.AR.SP 10-07.pdf

# Solicitud de la Empresa para Pequeñas Empresas

Para evitar retrasos en el procesamiento asegúrese de:

- 1 Responder a todas las preguntas de manera completa y precisa.
- 2 Completar y enviar el Formulario de Selección de Beneficios y Productos.
- 3 Presentar el estado de cuenta de facturación más reciente indicando a las personas aseguradas actualmente y su estado actual.
- 4 Presentar la información de sueldo e impuestos más recientes.
- 5 Incluir un cheque para depósito para la prima del primer mes.

**6 NO CANCELAR SU COBERTURA EXISTENTE HASTA QUE HAYA RECIBIDO UNA NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN POR ESCRITO.**

Fecha de Vigencia Solicitada

## Información General

Nombre Legal del Grupo

Nombre del Grupo que aparece en la tarjeta de identificación (máximo de 30 caracteres)

Dirección

Identificación Fiscal

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombres de los Propietarios/Socios (si corresponde)

Persona de Contacto

Teléfono

Fax

Dirección de Correo Electrónico

Dirección de Facturación (Si es Distinta)

N° de Años en el Negocio

Tipo de Organización  Sociedad  C-Corp  S-Corp  LLC/LLP

Naturaleza de la Empresa

Código Industrial (SIC)

Contratista Ind.  Sin fines de lucro  Propietario Único  Otro \_\_\_\_\_

Grupo con Varias Ubicaciones N° de Ubicaciones Direcciones (o indíquelas en una hoja adicional)

Sí  No

N° de Horas por semana para ser elegible

Período de Espera para personas recién contratadas

- El 1° del Mes de la Póliza después de la Fecha de Contratación  
 El 1° del Mes de la Póliza después de \_\_\_ [meses] [días] de empleo  
 Fecha de Contratación (sin período de espera)  
 \_\_\_ [meses] [días] de empleo luego de la Fecha de Contratación

Se descarta el Período de Espera para los afiliados iniciales  Sí  No

Compensación del Seguro Obrero  Sí  No

Nombre de la Compañía Aseguradora de Compensación del Seguro Obrero

Nombres de los Propietarios o Socios no cubiertos por la Compensación del Seguro Obrero:

Nombres de las Personas que actualmente están en COBRA/Continuación:

Consulte la Lista Adjunta  Ninguna

Clases Excluidas:  Ninguna  Sindicato  Por hora  
 No Administrativo  No Propietarios

En los últimos 12 meses ¿el Grupo ha sido asegurado por UnitedHealthcare?  Sí  No De ser así, fecha en que terminó la cobertura: / /

Nombre de la Compañía de Seguro Médico Actual Fecha de Inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Ninguno Fecha de Término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro Dental Actual Fecha de Inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Ninguno Fecha de Término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

En la actualidad ¿ofrece o trata de ofrecer un plan de Cuenta de Reembolso de la Salud o una póliza de seguro suplementario voluntario o involuntario (por ejemplo, enfermedad grave, ingreso hospitalario, reembolso de deducible, etc.) junto con el plan médico de UnitedHealthcare?

Las respuestas deben ser precisas ya sea que se haya comprado de UnitedHealthcare o de cualquier otra compañía de seguros o administrador de terceros.

HRA  Sí  No Si la respuesta es "Sí", identifique el tipo:  Definity Standard HRA  Definity Select HRA  HRA de Otro Administrador  
 Seguro Suplementario  Sí  No

Si respondió "Sí" para la HRA, usted debe elegir de la lista de planes de beneficios elegibles de HRA Definity como se lo muestra su agente o representante.

Otros planes no son elegibles para combinarlos con una Cuenta de Reembolso de la Salud.

Participación	N° que Solicitan Cobertura:	N° que Renuncia Cobertura:	Contribución	% de la Empresa	% del Empleado	% de la Empresa por Depto.
N° de Empleados a Tiempo Completo	Médica	Médica	Médica			
N° de Empleados a Tiempo Parcial	De Vida	De Vida	De Vida			
N° de Empleados No Inelegibles	Dental	Dental	Dental			
N° Total de Empleados	De la Vista	De la Vista	De la Vista			
	Otra	Otra	Otra			

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":

Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Arkansas, Inc.

Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

LA LEY DE SEGUROS DE SU ESTADO EXIGE QUE TODAS LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS EN EL MERCADO DE GRUPOS PEQUEÑOS EMITAN CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD QUE ÉSTAS COMERCIALIZEN A LAS PEQUEÑAS EMPRESAS DE 2 A 50 EMPLEADOS, A SOLICITUD DE UNA EMPRESA PEQUEÑA PARA EL GRUPO PEQUEÑO COMPLETO, INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS DEL GRUPO.

## Preguntas Sobre el Tamaño del Grupo

<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Continuación del Estado	En conformidad con la ley federal, si su grupo tenía 20 ó más empleados en su nómina en al menos el 50% de los días laborales del grupo en el año calendario anterior, debe proporcionarles a los empleados la continuación de COBRA. Si su grupo tenía menos de 20 empleados, usted debe proporcionar la Continuación del Estado.
<input type="checkbox"/> Medicare Primario <input type="checkbox"/> Plan Primario	En conformidad con la ley federal, si su grupo tenía 20 ó más empleados durante 20 ó más semanas calendario en el año anterior, el Plan de Salud es primario y Medicare secundario. Esta declaración no establece todas las reglas que rigen el estado del nivel del grupo de Medicare. El Grupo debe comunicarse con su asesor legal o fiscal para obtener información respecto de otras reglas que pueden afectar el estado de Medicare del Grupo. En conformidad con la ley federal es responsabilidad del Grupo determinar con precisión su estado de Medicare.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Existen otras entidades asociadas con este grupo que sean elegibles para presentar una declaración de impuestos combinada bajo la Sección 414 del Código de Impuestos Internos? De ser así, indique los nombres legales de todas las demás corporaciones y el número de empleados contratados de cada una.

## Ofrecimientos Obligatorios del Estado

Las leyes de Arkansas exigen que se ofrece a cada grupo la cobertura opcional descrita a continuación. El grupo puede aceptar o rechazar por separado el "ofrecimiento obligatorio". Su Corredor o agente puede brindarle información adicional, incluyendo cualquier cantidad de prima adicional que se requiere para el ofrecimiento obligatorio. Por favor tenga presente que no todos los ofrecimientos obligatorios se describen a continuación; algunos ofrecimientos obligatorios se incluyen de manera estándar en los planes de UnitedHealthcare.

**Por favor, marque los casilleros a continuación para indicar su aceptación o rechazo del "ofrecimiento obligatorio".**

- Aceptar    Cobertura opcional para trastornos musculoesqueléticos de la cara, el cuello o la cabeza, según lo descrito por la ley Arkansas Statute 23-79-150  
 Rechazar

## Información Importante

Comprendo que el Certificado de Cobertura o Resumen de Descripción del Plan y otros documentos, avisos y comunicaciones con respecto a la cobertura que se indican en esta solicitud pueden ser transmitidos electrónicamente a mí y a los empleados del Grupo.

Manifiesto que, a mi entender, la información que he proporcionado en esta solicitud, incluida la información respecto de los beneficiarios y dependientes calificados que han elegido la continuación bajo COBRA o las leyes estatales de continuación, es precisa y exacta. Comprendo que UnitedHealthcare y Afiliadas se basarán en la información que les proporciono para determinar la elegibilidad para cobertura, para establecer las tarifas de las primas y para otros propósitos, y que cualquier declaración falsa o tergiversación puede producir la rescisión de la póliza de grupo, cancelación de la cobertura, aumento de la primas retroactivas hasta la fecha de la póliza u otras consecuencias según lo permita la ley.

Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para seguro que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de la misma, comete un acto fraudulento en contra de la ley de seguros, lo que constituye un delito.

Divulgación de UnitedHealthcare respecto a la remuneración para productores: Le pagamos a los corredores y agentes (a los que en conjunto se les llama "productores") una remuneración por sus servicios relacionados con la venta de nuestros productos asegurados, en cumplimiento con la ley aplicable. Pagamos "comisiones base" basadas en factores como el tipo de producto, cantidad de la prima, tamaño del grupo y número de empleados. Estas comisiones se reflejan en la tarifa de la prima. Además, podemos pagar bonos en virtud de los programas de bonos establecidos de vez en cuando, que están diseñados para fomentar la introducción de nuevos productos y entregar incentivos para alcanzar objetivos de producción, niveles de perseverancia, metas de crecimiento u otros objetivos. Los bonos no están reflejados en la tarifa de la prima, sino que se pagan de nuestros gastos administrativos generales. En general, nuestros bonos totales son menos del 10% del pago total de la remuneración del productor. No es nuestra política pagar comisiones a los productores con respecto a un producto por el cual el cliente también le está pagando una comisión u otra tarifa. Tenga presente que también realizamos pagos, de vez en cuando, a los productores por otros servicios aparte de los relacionados con la venta de pólizas (por ejemplo, remuneración por servicios como agente general o como asesor).

La remuneración del productor está sujeta divulgación en el Plan A del Formulario ERISA 5500 para los clientes que se rigen por la ley ERISA. Le entregamos informes del Plan A a nuestros clientes. También, se han tomado medidas para garantizar que los productores divulguen de manera apropiada sus arreglos de remuneración a sus clientes, sin embargo, no podemos garantizar el cumplimiento del productor. Para obtener mayor información sobre los arreglos de pago de los productores, incluyendo el porcentaje aproximado de la remuneración total que incluyen los pagos de bonos totales, visite <http://www.uhc.com> y haga clic en el cuadro despegable para empresas bajo "View Our Programs - Producer Payment Programs" ("Vea Nuestros Programas - Programas de Pago del Productor"). Para obtener información específica sobre la remuneración pagadera con respecto a su política en particular, comuníquese con su productor.

## Firma

Firma Autorizada del Grupo	Cargo	Fecha
----------------------------	-------	-------

## Commission Information

Writing Broker Name	Writing Broker SSN			Is the Broker appointed with UHC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Commissions Payable to:	Payee Code	CRID Code	Tax ID#	If more than 1 Broker*, Split _____%
Street Address	City		State	Zip Code
Broker Phone #	Broker Email Address		Broker Fax Number	

The contents of this application were fully explained during a meeting with the Group submitting this application. Coverage, eligibility, pre-existing condition limitations, the effect of misrepresentations, and termination provisions were discussed.	<b>Broker Signature</b>	<b>Date</b>
--	-------------------------	-------------

\*If more than 1 Broker, provide the second Broker's information on an additional sheet of paper.

**UHC Sales Representative/Account Executive**

Sales Representative or Account Executive (First &amp; Last Name)

**General Agent Override Information**

General Agent

Phone #

Franchise Code

Street Address

City

State

Zip Code

**Admin Kit**

Send Admin Kit To:

Address

# Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

<b>To Be Completed by Employer</b>		<b>Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> / /	
Date of Hire / /	Reason for Application	Employee Type (Check all that apply)	
Position/Title	<input type="checkbox"/> New Group Plan	<input type="checkbox"/> New Hire	
Hours Worked per week	<input type="checkbox"/> Life Event/Date _____	<input type="checkbox"/> Annual	
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Status Change _____	<input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation	
	<input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete	Start dt ____/____/____ End dt ____/____/____	
	<input type="checkbox"/> Change Name/Address	<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other _____	
	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired	

## A. Información del Empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo
Dirección	Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma de preferencia si no habla inglés
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.			

## B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)		Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
Apellido	Nombre									
Número del Seguro Social										
		M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí
		F								<input type="checkbox"/> No
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
		F					<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
		F					<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
		F					<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No

\*IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria.  
 \*\*En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

## C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.										Dual Option Plan Seleccionado	
Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Médico	Dental	
Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida									Parentesco		

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":  
 Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Arkansas, Inc.  
 Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior**

Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

 NO  SÍ (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_/\_\_/\_\_ Fecha de término \_\_/\_\_/\_\_

Tipo de cobertura anterior:  Empleado  Cónyuge  Hijo(s)  Familia**E. Otra Información de Cobertura Médica**

Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)

El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?  SÍ (continúe completando esta sección)  NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social

(SSDI, por sus siglas en inglés)?  SÍ  NO Fecha de inicio \_\_/\_\_/\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

**F. Renuncia de Cobertura**

Rechazo cobertura para:

 Mí Mismo/a Cónyuge Hijos Dependientes Mí Mismo/a y para todos mis dependientes

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra:

 Plan de la Empresa del Cónyuge  Plan Individual Cubierto por Medicare  Medicaid COBRA de la Empresa Anterior  Elegibilidad para VA Tri-Care Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento. Otro \_\_\_\_\_

Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.

Fecha

Firma del Empleado si renuncia a la cobertura

**G. Firma**

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Fecha	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura	Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)
-------	---	--

**H. Información del Censo (opcional)**

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

1. Raza, marque todas las que correspondan:  Blanco  Afroamericano, Negro  Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico  Asiático  Indioamericano, Nativo de Alaska  Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_
2. ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No

# Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

<b>To Be Completed by Employer</b>		<b>Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> / /	
Date of Hire / /	Reason for Application	Employee Type (Check all that apply)	
Position/Title	<input type="checkbox"/> New Group Plan	<input type="checkbox"/> New Hire	
Hours Worked per week	<input type="checkbox"/> Life Event/Date	<input type="checkbox"/> Annual	
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Status Change	<input type="checkbox"/> Open	
	<input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete	<input type="checkbox"/> Enrollment	
	<input type="checkbox"/> Change Name/Address	<input type="checkbox"/> Late	
	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Enrollee	
		<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation	
		Start dt ____/____/____ End dt ____/____/____	
		<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other	
		<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired	

## A. Información del Empleado

Apellido		Nombre	Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo
Dirección		Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma de preferencia si no habla inglés	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.		Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.			

## B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)											
Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
			M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\* IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria.

\*\* En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

## C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.										Dual Option Plan Seleccionado		
Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Médico	Dental		
Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida										Parentesco		

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":  
 Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of of Arkansas, Inc.  
 Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior** Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

NO  Sí (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior:  Empleado  Cónyuge  Hijo(s)  Familia

**E. Otra Información de Cobertura Médica** Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)

El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?  Sí (continúe completando esta sección)  NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*

Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social

(SSDI, por sus siglas en inglés)?  Sí  NO Fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*

Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

**F. Antecedentes Médicos**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre usted y sobre cada persona indicada en la Sección B "Información de la Familia" en la primera página de este formulario.

Por favor, responda en forma completa y verdadera. **Por favor, tenga presente que si deja información fuera o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.**

Sí  No 1. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud está embarazada? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada incluyendo la fecha de parto esperada, cualquier complicación del embarazo, anticipación de partos múltiples y/o Cesárea.

Sí  No 2. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud ha visitado a un profesional de atención de la salud durante los últimos 10 años, por cualquier enfermedad, lesión o condición de salud? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada en la próxima página por cada persona involucrada.

Sí  No 3. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud ha sido hospitalizada (como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio) o se ha sometido a cirugía durante los últimos 12 meses? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada en la próxima página por cada persona involucrada.

Sí  No 4. ¿A alguna de las personas descritas en esta solicitud se le ha recetado o ha tomado cualquier medicamento de venta con receta, durante los últimos 12 meses? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada en la próxima página por cada persona involucrada.

Sí  No 5. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud padece una condición de salud, enfermedad o lesión que pueda requerir tratamiento o cirugía, o algún profesional de atención de la salud ha recomendado tratamiento o cirugía para cualquiera de ustedes, que no se haya realizado? Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "sí", por favor proporcione información detallada a continuación por cada persona involucrada.

**Por favor, detalle todas las respuestas afirmativas anteriores. (Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja.)**

(continúa en la página siguiente)

Pregunta Nº	Persona	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Medicamentos	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico

<b>G. Renuncia de Cobertura</b>		Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra: <input type="checkbox"/> Plan de la Empresa del Cónyuge <input type="checkbox"/> Plan Individual <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> COBRA de la Empresa Anterior <input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento. <input type="checkbox"/> Otro _____	Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.
---------------------------------	--	---	--

Fecha	Firma del Empleado si renuncia a la cobertura
-------	---

**H. Firma** Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus Afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Fecha	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura	Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)
-------	---	--

**I. Información del Censo (opcional)**

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

1. Raza, marque todas las que correspondan:     Blanco     Afroamericano, Negro     Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico     Asiático  
 Indioamericano, Nativo de Alaska     Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted hispano o latino?     Sí     No

# Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

<b>To Be Completed by Employer</b>		<b>Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> / /	
Date of Hire / /	Reason for Application	Employee Type (Check all that apply)	
Position/Title	<input type="checkbox"/> New Group Plan	<input type="checkbox"/> New Hire	
Hours Worked per week	<input type="checkbox"/> Life Event/Date _____	<input type="checkbox"/> Annual	
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Status Change _____	Open Enrollment	
	<input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete	<input type="checkbox"/> Late Enrollee	
	<input type="checkbox"/> Change Name/Address	<input type="checkbox"/> Other _____	
	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation	
		Start dt ____/____/____ End dt ____/____/____	
		<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other _____	
		<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired	

## A. Información del Empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo
Dirección	Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma de preferencia si no habla inglés
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.			

## B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)		Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
Apellido	Nombre									
Número del Seguro Social										
		M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí
		F								<input type="checkbox"/> No
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
		F					<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
		F					<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
		F					<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No
		M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
		F					<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No

\*IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria.  
 \*\*En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

## C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.										Dual Option Plan Seleccionado	
Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Médico	Dental	
Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida	Parentesco
---	------------

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":  
 Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Arkansas, Inc.  
 Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior****Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.**

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

 NO  SÍ (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior:  Empleado  Cónyuge  Hijo(s)  Familia**E. Otra Información de Cobertura Médica****Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)**El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?  SÍ (continúe completando esta sección)  NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social

(SSDI, por sus siglas en inglés)?  SÍ  NO Fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

**F. Antecedentes Médicos**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Nº del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud ha consultado con, sido examinada o tratada por cualquier profesional de atención de la salud durante los últimos 10 años por cualquier enfermedad, lesión o condición de salud que figuran en alguna de las categorías descritas a continuación? Si la respuesta es Sí, por favor marque la casilla que mejor describa el problema y explique completamente a continuación. **Por favor, tenga presente que si deja información fuera o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.**

<b>1 Cáncer</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Senos <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Testicular <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> de Ovarios <input type="checkbox"/> de Útero <input type="checkbox"/> de Próstata Etapa _____
<b>2 Corazón/Aparato Circulatorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Triglicéridos <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Ataques súbitos y agudos <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Problemas en la Sangre <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>3 Aparato Reproductor</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Embarazo Actual (fecha de parto _____) <input type="checkbox"/> Embarazos Múltiples (Nº _____) <input type="checkbox"/> Complicaciones en el Embarazo <input type="checkbox"/> Fibromas <input type="checkbox"/> Trastornos en la Menstruación <input type="checkbox"/> Trastornos en los Senos <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>4 Intestinal/Sistema Endocrino</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pancreatitis Crónica <input type="checkbox"/> Trastorno de Colon <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Trastorno Hepático <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Hormonas del Crecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>5 Cerebro/Sistema Nervioso</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Ataques/Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza <input type="checkbox"/> Quiste <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>6 Sistema Inmunológico</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Esclerodermia <input type="checkbox"/> ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica o ALS, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> VIH+ <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>7 Pulmón/Sistema Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Trastornos Pulmonares <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>8 Ojos/Oídos/Nariz/Garganta</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Neuroma Acústico <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Labio Leporino/Paladar Hendido <input type="checkbox"/> Tabique Desviado <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía <input type="checkbox"/> Otro _____

## F. Antecedentes Médicos (continuación)

<b>9 Aparato Urinario/Riñón</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales Crónicos <input type="checkbox"/> Trastornos Renales <input type="checkbox"/> Trastornos de Vejiga <input type="checkbox"/> Poliquistosis Renal <input type="checkbox"/> Trastorno de la Próstata <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>10 Huesos/Músculos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Hernia de Disco/Protuberancia Discal <input type="checkbox"/> Lesión en Articulaciones <input type="checkbox"/> Fibromialgia/Síndrome de Fatiga Crónica (CFS, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Problemas en los Hombros <input type="checkbox"/> Problemas en las Rodillas <input type="checkbox"/> Spina Bífida <input type="checkbox"/> Problemas en la Espalda <input type="checkbox"/> Problemas en el Cuello <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>11 Salud Conductual</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Desorden de Déficit de Atención e Hiperquinesia (ADHD, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Bipolar/Maníaco Depresivo <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastornos Alimenticios <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Alcoholismo en Pacientes Hospitalizados (ETOH, por sus siglas en inglés)/Drogas <input type="checkbox"/> Internación para Salud Mental (MH, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>12 Trasplante</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trasplantes de Médula <input type="checkbox"/> Trasplantes de Órganos <input type="checkbox"/> Posible Futuro Trasplante Discutido <input type="checkbox"/> Trasplante de Células Madre <input type="checkbox"/> Complicaciones del Trasplante Año _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>13 Medicamentos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamentos Actuales, Por Favor, Detalle los Medicamentos _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos Tomados Durante el Año Pasado Por Favor, Detalle los Medicamentos _____
<b>14 Otro</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Resultados Anormales de Pruebas o Exámenes Físicos <input type="checkbox"/> Condición No Mencionada Anteriormente <input type="checkbox"/> Tratamiento o Cirugía Discutidos o Aconsejados <input type="checkbox"/> Resultados Pendientes de Pruebas <input type="checkbox"/> Internación/Cirugía como Paciente Hospitalizado, Durante el Año Pasado <input type="checkbox"/> Reclamo Pendiente Sin Compensación <input type="checkbox"/> Pruebas Aconsejadas o Recomendadas <input type="checkbox"/> Referencias a Especialistas <input type="checkbox"/> Incapacidad

Por favor, entregue detalles a continuación (Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja)

Pregunta Nº	Persona	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Medicamentos	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico

## G. Renuncia de Cobertura

Rechazo cobertura para: <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos Dependientes <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a y para todos mis dependientes	Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra: <input type="checkbox"/> Plan de la Empresa del Cónyuge <input type="checkbox"/> Plan Individual <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> COBRA de la Empresa Anterior <input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento. <input type="checkbox"/> Otro _____	Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.
--	---	--

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Empleado si renuncia a la cobertura \_\_\_\_\_

## H. Firma

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus afiliados, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Fecha _____	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura _____	Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura) _____
-------------	---	--

## I. Información del Censo (opcional)

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

---

1. Raza, marque todas las que correspondan:  Blanco  Afroamericano, Negro  Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico  Asiático  
 Indioamericano, Nativo de Alaska  Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_

---

2. ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No

---

# Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

<b>To Be Completed by Employer</b>		<b>Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> / /	
Date of Hire / /	Reason for Application	Employee Type (Check all that apply)	
Position/Title	<input type="checkbox"/> New Group Plan	<input type="checkbox"/> New Hire	
Hours Worked per week	<input type="checkbox"/> Life Event/Date _____	<input type="checkbox"/> Annual	
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Status Change _____	<input type="checkbox"/> Open	
	<input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete	<input type="checkbox"/> Enrollment	
	<input type="checkbox"/> Change Name/Address	<input type="checkbox"/> Late	
	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Enrollee	
		<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation	
		Start dt ____/____/____ End dt ____/____/____	
		<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other _____	
		<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired	

## A. Información del Empleado

Apellido		Nombre		Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social		Teléfono Residencial	
							Teléfono del Trabajo	
Dirección			Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma de preferencia si no habla inglés		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.			Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.			

## B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
			M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí
			F	Cónyuge							<input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
			F	Dependiente				<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
			F	Dependiente				<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> Sí
			F	Dependiente				<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No

\* IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria.

\*\* En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

## C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.

Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Dual Option Plan Seleccionado	
				\$ _____					Médico	Dental
Empleado	<input type="checkbox"/>									
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida

Parentesco

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":

Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Arkansas, Inc.

Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior** Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

NO  Sí (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior:  Empleado  Cónyuge  Hijo(s)  Familia

**E. Otra Información de Cobertura Médica** Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)

El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?  Sí (continúe completando esta sección)  NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*

Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social

(SSDI, por sus siglas en inglés)?  Sí  NO Fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*

Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

**F. Antecedentes Médicos**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y sobre cada persona indicada en la Sección B "Información de la Familia" en la primera página de este formulario. Por favor, responda en forma completa y verdadera. **Por favor, tenga presente que si deja información fuera o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.**

Sí  No Durante los últimos 10 años, ¿usted o algún miembro de su familia descrito en esta solicitud ha sido tratado por una enfermedad grave? Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, cualquiera de los siguientes: cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, VIH/SIDA, trastornos mentales/nerviosos, defectos congénitos de nacimiento, trasplantes de órganos o de otro tipo, hemofilia, enfermedades hepáticas, renales, pulmonares, cardíacas o del aparato circulatorio; ¿o alguno se ha sometido a cirugía o ha incurrido en reclamos por gastos médicos/de farmacia, que excedan los \$5,000 o alguna está actualmente embarazada?

**Si la respuesta es sí, por favor, brinde detalles en la página siguiente.**

Por favor, detalle todas las respuestas afirmativas anteriores.

(Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja.)

Persona	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Medicamentos	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico

**G. Renuncia de Cobertura**

Rechazo cobertura para:

- Mí Mismo/a  
 Cónyuge  
 Hijos Dependientes  
 Mí Mismo/a y para todos mis dependientes

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra:

- Plan de la Empresa del Cónyuge     Plan Individual  
 Cubierto por Medicare             Medicaid  
 COBRA de la Empresa Anterior     Elegibilidad para VA  
 Tri-Care  
 Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento.  
 Otro \_\_\_\_\_

Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.

Fecha

Firma del Empleado si renuncia a la cobertura

**H. Firma**

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus Afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Fecha

Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura

Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)

**I. Información del Censo (opcional)**

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

1. Raza, marque todas las que correspondan:  Blanco  Afroamericano, Negro  Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico  Asiático  
 Indioamericano, Nativo de Alaska  Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No

*SERFF Tracking Number:* UHLC-125605542      *State:* Arkansas  
*Filing Company:* Unimerica Insurance Company      *State Tracking Number:* 38686  
*Company Tracking Number:*  
*TOI:* H16G Group Health - Major Medical      *Sub-TOI:* H16G.001C Any Size Group - Other  
*Product Name:* Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
*Project Name/Number:* Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

## **Rate Information**

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number: UHLC-125605542 State: Arkansas  
Filing Company: Unimerica Insurance Company State Tracking Number: 38686  
Company Tracking Number:  
TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other  
Product Name: Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
Project Name/Number: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

## Supporting Document Schedules

**Satisfied -Name:** Certification/Notice **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
**Comments:**  
**Attachment:**  
Certificate of Compliance with Rule & Regulation 19 - Unimerica.pdf

**Bypassed -Name:** Application **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
**Bypass Reason:** The forms being submitted are applications and enrollment forms.  
**Comments:**

**Satisfied -Name:** Readability Certification **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
**Comments:**  
**Attachment:**  
Readability Certification - Unimerica.pdf

**Satisfied -Name:** Cover Letter **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
**Comments:**  
**Attachment:**  
Cover Letter - Unimerica.pdf

**Satisfied -Name:** Translation Certification - SB.ER.07.AR.SP **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
**Comments:**  
**Attachment:**  
Translation Certification - SB.ER.07.AR.SP 10-07.pdf

**Satisfied -Name:** Translation Certification - **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008

*SERFF Tracking Number:* UHLC-125605542      *State:* Arkansas  
*Filing Company:* Unimerica Insurance Company      *State Tracking Number:* 38686  
*Company Tracking Number:*  
*TOI:* H16G Group Health - Major Medical      *Sub-TOI:* H16G.001C Any Size Group - Other  
*Product Name:* Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
*Project Name/Number:* Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica  
SB.EE.07.AR.SP

**Comments:**

**Attachment:**

Translation Certification - SB.EE.07.AR.SP 10-07.pdf

SERFF Tracking Number: UHLC-125605542 State: Arkansas  
Filing Company: Unimerica Insurance Company State Tracking Number: 38686  
Company Tracking Number:  
TOI: H16G Group Health - Major Medical Sub-TOI: H16G.001C Any Size Group - Other  
Product Name: Group Insurance Applications & Enrollment Forms  
Project Name/Number: Spanish Versions of Group Applications and Enrollment Forms - Unimerica/GEREE041008 - Unimerica

**Satisfied -Name:** Translation Certification - **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
SB.EESHT.07.AR.SP

**Comments:**

**Attachment:**

SB.EESHT.07.AR.SP 12-07.pdf

**Satisfied -Name:** Translation Certification - **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
SB.EELNG.07.AR.SP

**Comments:**

**Attachment:**

SB.EELNG.07.AR.SP 10-07.pdf

**Satisfied -Name:** Translation Certification - **Review Status:** Approved-Closed 04/22/2008  
SB.EEONEQ.AR.SP

**Comments:**

**Attachment:**

SB.EEONEQ.07.AR.SP 10-07.pdf

**Certificate of Compliance with  
Arkansas Rule and Regulation 19**

Insurer: Unimerica Insurance Company

Form Number(s): SB.ER.07.AR.SP 10/07, SB.EE.07.AR.SP 10/07,  
SB.EESHT.07.AR.SP 12/07, SB.EELNG.07.AR.SP 10/07,  
SB.EEONEQ.07.AR.SP 10/07

I hereby certify that the filing above meets all applicable Arkansas requirements including the requirements of Rule and Regulation 19.



\_\_\_\_\_  
Signature of Company Officer

Forrest G. Burke  
\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Secretary  
Title

April 10, 2008  
\_\_\_\_\_  
Date

**Unimerica Insurance Company  
NAIC #91529**

**READABILITY CERTIFICATION**

This is to certify that the accompanying form(s) comply (complies) with your state's readability requirements:

**A. Option Selected**

The form(s) is (are) scored separately for the Flesch reading ease test (except forms entitled by law to be exempt from the requirements of such law). Score(s) for the (each) form(s) is (are) indicated below.

<u>Form</u>	<u>Flesch Score</u>
SB.ER.07.AR.SP 10/07	40.1
SB.EE.07.AR.SP 10/07	40.5
SB.EESHT.07.AR.SP 12/07	46.5
SB.EELNG.07.AR.SP 10/07	41.8
SB.EEONEQ.07.AR.SP 10/07	46.5

**B. Test Option Selected**

Test was applied to each entire policy form.

**C. Standards for Certification**

A checked block indicates the standard has been achieved.

- 1. The form text achieves a minimum score of **40** on the Flesch reading ease test in accordance with the option chosen in Section A above.
- 2. It is printed in not less than ten point type, one point leaded. (This does not apply to specification pages, schedules and tables.)
- 3. The layout and spacing of the policy form(s) separate the paragraphs from each other and from the border of the paper.
- 4. The section titles are captioned in bold face type or otherwise stand out significantly from the text.
- 5. Unnecessarily long, complicated or obscure words, sentences, paragraphs or constructions are not used in the form(s).



---

Forrest G. Burke  
Secretary

Date: April 10, 2008



UnitedHealthcare  
5901 Lincoln Drive Edina MN 55436

April 10, 2008

Ms. Rosalind Minor  
Certified Rate & Form Analyst  
Arkansas Department of Insurance  
1200 West Third Street  
Little Rock, AR 72201-1904

Re: Unimerica Insurance Company, NAIC Group# 0707, NAIC #91529

**SPANISH VERSION - GROUP EMPLOYER APPLICATION/EMPLOYEE ENROLLMENT FORMS FILING**

<u>Form Number</u>	<u>Description</u>
SB.ER.07.AR.SP 10/07	Employer Application
SB.EE.07.AR.SP 10/07	Employee Application (no medical questions)
SB.EESHT.07.AR.SP 12/07	Employee Application (short version)
SB.EELNG.07.AR.SP 10/07	Employee Application (long version)
SB.EEONEQ.07.AR.SP 10/07	Employee Application (one medical question)

Dear Ms. Minor:

On behalf of Unimerica Insurance Company, the group insurance application and enrollment forms listed above are being submitted for your Department's review and approval. These forms are Spanish versions of the comparable English versions of the forms which were approved by your Department on December 3, 2007 (form SB.EESHT.07.AR 12/07 was approved on February 1, 2008).

Our intent is to use these forms for both small and large employer groups located in Arkansas and we ask that your review encompass both. These forms are based on our standard forms and have been modified to include Arkansas-specific requirements. The forms have also been prepared for use with both medical and ancillary products (life, dental, etc.).

We have designed the above forms so that we and a couple of our sister companies (United HealthCare Insurance Company and United HealthCare of Arkansas, Inc.) could use the same application and enrollment forms to simultaneously apply or enroll for our products and its products. Similar submissions of the above forms are being sent to your Department today via SERFF on behalf of our sister companies, with the goal of reducing the amount of time and effort necessary for your review of the above forms.

These application/enrollment forms may also be used in an online format, with appropriate changes in font, format and design to more easily accommodate online enrollments. We want to assure the Department that education will be provided to the brokers, employer groups and the employees as to which products are being offered for sale.

If you have any questions or concerns regarding this filing, please contact me, using the information below. Please note that there is no filing fee required in our state of domicile. We look forward to your Department's approval.

Sincerely,

*Gary F. Officer*

Gary F. Officer  
Sr. Contract Specialist  
Unimerica Insurance Company  
Ph: (952) 992-5515, Fax: (952) 992-5105  
Email: gary\_f\_officer@uhc.com



## **CERTIFICATION**

Interpreting Services International, Inc. (ISI) translated the following United Healthcare document:

**Job Number** UHCAR372836-000

**English Form:** SB.ER.07.AR

**Source Language:** English

**Target Language:** Spanish

The translation is, to the best of our knowledge and belief, a true and accurate translation of the source language text in our possession. ISI is a Corporate Member in good standing of the American Translators Association, ATA Member #100073.



Erin Coleman  
Project Manager  
Interpreting Services International, Inc. (ISI)

Date: March 26, 2008



## **CERTIFICATION**

Interpreting Services International, Inc. (ISI) translated the following United Healthcare document:

**Job Number** UHCAR372834-000

**English Form:** SB.EE.07.AR

**Source Language:** English

**Target Language:** Spanish

The translation is, to the best of our knowledge and belief, a true and accurate translation of the source language text in our possession. ISI is a Corporate Member in good standing of the American Translators Association, ATA Member #100073.



Erin Coleman  
Project Manager  
Interpreting Services International, Inc. (ISI)

Date: March 26, 2008

# Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

<b>To Be Completed by Employer</b>		<b>Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> / /	
Date of Hire / /	Reason for Application	Employee Type (Check all that apply)	
Position/Title	<input type="checkbox"/> New Group Plan	<input type="checkbox"/> New Hire	
Hours Worked per week	<input type="checkbox"/> Life Event/Date	<input type="checkbox"/> Annual	
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Status Change	<input type="checkbox"/> Open	
	<input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete	<input type="checkbox"/> Enrollment	
	<input type="checkbox"/> Change Name/Address	<input type="checkbox"/> Late	
	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Enrollee	
		<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation	
		Start dt ___/___/___ End dt ___/___/___	
		<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other	
		<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired	

## A. Información del Empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo
Dirección	Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico

Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma de preferencia si no habla inglés
-------------------------	--	----------	------	--	--

Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.
--	--	--

## B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)											
Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
			M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\* IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria.

\*\* En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

## C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja. Dual Option Plan Seleccionado

Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Médico	Dental
Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida	Parentesco
---	------------

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":  
 Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of of Arkansas, Inc.  
 Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior** Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

 NO  Sí (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior:  Empleado  Cónyuge  Hijo(s)  Familia**E. Otra Información de Cobertura Médica** Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?  Sí (continúe completando esta sección)  NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social

(SSDI, por sus siglas en inglés)?  Sí  NO Fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

**F. Antecedentes Médicos**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre usted y sobre cada persona indicada en la Sección B "Información de la Familia" en la primera página de este formulario.

Por favor, responda en forma completa y verdadera. **Por favor, tenga presente que si deja información fuera o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.** Sí  No 1. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud está embarazada? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada incluyendo la fecha de parto esperada, cualquier complicación del embarazo, anticipación de partos múltiples y/o Cesárea. Sí  No 2. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud ha visitado a un profesional de atención de la salud durante los últimos 10 años, por cualquier enfermedad, lesión o condición de salud? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada en la próxima página por cada persona involucrada. Sí  No 3. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud ha sido hospitalizada (como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio) o se ha sometido a cirugía durante los últimos 12 meses? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada en la próxima página por cada persona involucrada. Sí  No 4. ¿A alguna de las personas descritas en esta solicitud se le ha recetado o ha tomado cualquier medicamento de venta con receta, durante los últimos 12 meses? Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione información detallada en la próxima página por cada persona involucrada. Sí  No 5. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud padece una condición de salud, enfermedad o lesión que pueda requerir tratamiento o cirugía, o algún profesional de atención de la salud ha recomendado tratamiento o cirugía para cualquiera de ustedes, que no se haya realizado? Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "sí", por favor proporcione información detallada a continuación por cada persona involucrada.**Por favor, detalle todas las respuestas afirmativas anteriores. (Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja.)**

(continúa en la página siguiente)

Pregunta Nº	Persona	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Medicamentos	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico

<b>G. Renuncia de Cobertura</b>		Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra: <input type="checkbox"/> Plan de la Empresa del Cónyuge <input type="checkbox"/> Plan Individual <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> COBRA de la Empresa Anterior <input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento. <input type="checkbox"/> Otro _____	Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.
Rechazo cobertura para: <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos Dependientes <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a y para todos mis dependientes			

Fecha	Firma del Empleado si renuncia a la cobertura
-------	---

**H. Firma** Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus Afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Fecha	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura	Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)
-------	---	--

**I. Información del Censo (opcional)**

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

1. Raza, marque todas las que correspondan:     Blanco     Afroamericano, Negro     Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico     Asiático  
 Indioamericano, Nativo de Alaska     Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted hispano o latino?     Sí     No

# Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

<b>To Be Completed by Employer</b>		<b>Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> / /	
Date of Hire / /	Reason for Application	Employee Type (Check all that apply)	
Position/Title	<input type="checkbox"/> New Group Plan	<input type="checkbox"/> New Hire	
Hours Worked per week	<input type="checkbox"/> Life Event/Date _____	<input type="checkbox"/> Annual	
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Status Change _____	Open Enrollment	
	<input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete	<input type="checkbox"/> Late Enrollee	
	<input type="checkbox"/> Change Name/Address	<input type="checkbox"/> Other _____	
	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation	
		Start dt ____/____/____ End dt ____/____/____	
		<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other _____	
		<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired	

## A. Información del Empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo
Dirección	Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma de preferencia si no habla inglés
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.			

## B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
			M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria.  
 \*\*En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

## C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.

Dual Option Plan Seleccionado

Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Médico	Dental
Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida

Parentesco

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":  
 Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Arkansas, Inc.  
 Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company  
 Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior****Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.**

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

 NO  SÍ (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior:  Empleado  Cónyuge  Hijo(s)  Familia**E. Otra Información de Cobertura Médica****Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)**El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?  SÍ (continúe completando esta sección)  NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social

(SSDI, por sus siglas en inglés)?  SÍ  NO Fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

 Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\* Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

**F. Antecedentes Médicos**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Nº del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud ha consultado con, sido examinada o tratada por cualquier profesional de atención de la salud durante los últimos 10 años por cualquier enfermedad, lesión o condición de salud que figuran en alguna de las categorías descritas a continuación? Si la respuesta es Sí, por favor marque la casilla que mejor describa el problema y explique completamente a continuación. **Por favor, tenga presente que si deja información fuera o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.**

<b>1 Cáncer</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Senos <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Testicular <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> de Ovarios <input type="checkbox"/> de Útero <input type="checkbox"/> de Próstata Etapa _____
<b>2 Corazón/Aparato Circulatorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Triglicéridos <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Ataques súbitos y agudos <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Problemas en la Sangre <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>3 Aparato Reproductor</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Embarazo Actual (fecha de parto _____) <input type="checkbox"/> Embarazos Múltiples (Nº _____) <input type="checkbox"/> Complicaciones en el Embarazo <input type="checkbox"/> Fibromas <input type="checkbox"/> Trastornos en la Menstruación <input type="checkbox"/> Trastornos en los Senos <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>4 Intestinal/Sistema Endocrino</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pancreatitis Crónica <input type="checkbox"/> Trastorno de Colon <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Trastorno Hepático <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Hormonas del Crecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>5 Cerebro/Sistema Nervioso</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Ataques/Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza <input type="checkbox"/> Quiste <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>6 Sistema Inmunológico</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Esclerodermia <input type="checkbox"/> ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica o ALS, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> VIH+ <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>7 Pulmón/Sistema Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Trastornos Pulmonares <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>8 Ojos/Oídos/Nariz/Garganta</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Neuroma Acústico <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Labio Leporino/Paladar Hendido <input type="checkbox"/> Tabique Desviado <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía <input type="checkbox"/> Otro _____

## F. Antecedentes Médicos (continuación)

<b>9 Aparato Urinario/Riñón</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales Crónicos <input type="checkbox"/> Trastornos Renales <input type="checkbox"/> Trastornos de Vejiga <input type="checkbox"/> Poliquistosis Renal <input type="checkbox"/> Trastorno de la Próstata <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>10 Huesos/Músculos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Hernia de Disco/Protuberancia Discal <input type="checkbox"/> Lesión en Articulaciones <input type="checkbox"/> Fibromialgia/Síndrome de Fatiga Crónica (CFS, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Problemas en los Hombros <input type="checkbox"/> Problemas en las Rodillas <input type="checkbox"/> Spina Bífida <input type="checkbox"/> Problemas en la Espalda <input type="checkbox"/> Problemas en el Cuello <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>11 Salud Conductual</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Desorden de Déficit de Atención e Hiperquinesia (ADHD, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Bipolar/Maníaco Depresivo <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastornos Alimenticios <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Alcoholismo en Pacientes Hospitalizados (ETOH, por sus siglas en inglés)/Drogas <input type="checkbox"/> Internación para Salud Mental (MH, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>12 Trasplante</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trasplantes de Médula <input type="checkbox"/> Trasplantes de Órganos <input type="checkbox"/> Posible Futuro Trasplante Discutido <input type="checkbox"/> Trasplante de Células Madre <input type="checkbox"/> Complicaciones del Trasplante Año _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>13 Medicamentos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamentos Actuales, Por Favor, Detalle los Medicamentos _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos Tomados Durante el Año Pasado Por Favor, Detalle los Medicamentos _____
<b>14 Otro</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Resultados Anormales de Pruebas o Exámenes Físicos <input type="checkbox"/> Condición No Mencionada Anteriormente <input type="checkbox"/> Tratamiento o Cirugía Discutidos o Aconsejados <input type="checkbox"/> Resultados Pendientes de Pruebas <input type="checkbox"/> Internación/Cirugía como Paciente Hospitalizado, Durante el Año Pasado <input type="checkbox"/> Reclamo Pendiente Sin Compensación <input type="checkbox"/> Pruebas Aconsejadas o Recomendadas <input type="checkbox"/> Referencias a Especialistas <input type="checkbox"/> Incapacidad

Por favor, entregue detalles a continuación (Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja)

Pregunta Nº	Persona	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Medicamentos	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico

## G. Renuncia de Cobertura

Rechazo cobertura para: <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos Dependientes <input type="checkbox"/> Mí Mismo/a y para todos mis dependientes	Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra: <input type="checkbox"/> Plan de la Empresa del Cónyuge <input type="checkbox"/> Plan Individual <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> COBRA de la Empresa Anterior <input type="checkbox"/> Elegibilidad para VA <input type="checkbox"/> Tri-Care <input type="checkbox"/> Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento. <input type="checkbox"/> Otro _____	Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.
--	---	--

Fecha	Firma del Empleado si renuncia a la cobertura
-------	---

## H. Firma

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus afiliados, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Fecha	Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura	Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)
-------	---	--

## I. Información del Censo (opcional)

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

---

1. Raza, marque todas las que correspondan:  Blanco  Afroamericano, Negro  Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico  Asiático  
 Indioamericano, Nativo de Alaska  Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_

---

2. ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No

---

# Formulario de Inscripción del Empleado



Para agilizar el proceso de inscripción, por favor sea cuidadoso y llene todas las secciones que correspondan.

Nombre/Número del Grupo

<b>To Be Completed by Employer</b>		<b>Requested Effective Date of Coverage/Date of Change</b> / /	
Date of Hire / /	Reason for Application	Employee Type (Check all that apply)	
Position/Title	<input type="checkbox"/> New Group Plan	<input type="checkbox"/> New Hire	
Hours Worked per week	<input type="checkbox"/> Life Event/Date	<input type="checkbox"/> Annual	
Salary \$ _____ Required only if Life Plan based on salary	<input type="checkbox"/> Status Change	<input type="checkbox"/> Open	
	<input type="checkbox"/> Dependent Add/Delete	<input type="checkbox"/> Enrollment	
	<input type="checkbox"/> Change Name/Address	<input type="checkbox"/> Late	
	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Enrollee	
		<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> COBRA/State Continuation	
		Start dt / / End dt / /	
		<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Salary <input type="checkbox"/> Other	
		<input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Non-Union <input type="checkbox"/> Retired	

## A. Información del Empleado

Apellido		Nombre	Inicial del 2° Nombre	Número del Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo
Dirección		Nº de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura	Peso	¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma de preferencia si no habla inglés	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Médico* (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.		Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido)/Nº de Ident.			

## B. Información de la Familia

Indique Todas las Personas Inscritas (Adjunte más hojas si es necesario)

Apellido	Nombre	Inicial del 2° Nombre	Sexo	Parentesco**	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Estudiante de Tiempo Completo	Médico* (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Dentista de Atención Primaria (Nombre y Apellido/Nº de Ident.)	Consumió Tabaco
			M	Cónyuge							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			M	Dependiente				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			F								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\* IMPORTANTE: Por favor use el directorio de proveedores de UnitedHealthcare para elegir un Médico Primario (de Atención Primaria) para usted y cada uno de sus dependientes cubiertos, sólo para UnitedHealthcare Select, Select Plus y otros productos que requieran designación de Médico de Atención Primaria.

\*\* En el caso de dependientes ordenados por el tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Por favor consulte con el representante de la empresa para la cual trabaja para obtener más información sobre las calificaciones para el estado de estudiante a tiempo completo. Si el dependiente no vive con el empleado elegible, por favor proporcione la dirección en una hoja aparte.

## C. Selección de Productos

Por favor, marque todos los que correspondan. Las ofertas de beneficios dependen de la elección de la empresa para la cual trabaja.

Persona	Médico	Dental	Vista	Vida/Cantidad	De Vida Sup.	AD&D Sup.	STD	LTD	Dual Option Plan Seleccionado	
				\$ _____					Médico	Dental
Empleado	<input type="checkbox"/>									
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida

Parentesco

Cobertura Proporcionada por "UnitedHealthcare y Afiliadas":

Cobertura Médica proporcionada por United HealthCare Insurance Company o United HealthCare of Arkansas, Inc.

Cobertura Dental proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de Seguro de Vida proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

Cobertura de la Vista proporcionada por United HealthCare Insurance Company o Unimerica Insurance Company

**D. Información sobre su Cobertura Médica Anterior** Se debe completar esta sección para recibir crédito para cobertura médica anterior.

Dentro de los últimos 12 meses, ¿han tenido usted, su cónyuge o sus dependientes cualquier otra cobertura médica?

NO  Sí (si la respuesta es "sí", por favor complete esta sección.)

Nombre de la compañía de seguro médico anterior \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de cobertura anterior:  Empleado  Cónyuge  Hijo(s)  Familia

**E. Otra Información de Cobertura Médica** Se debe completar esta sección. (Si es necesario, adjunte una hoja.)

El día que comienza la cobertura, usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes, ¿estarán cubiertos bajo otro plan médico de salud o bajo otra póliza, incluyendo otro plan de UnitedHealthcare o de Medicare?  Sí (continúe completando esta sección)  NO (omite el resto de esta sección)

Nombre de la otra aseguradora \_\_\_\_\_

Información sobre otra Cobertura Médica de Grupo (detalle sólo las que están cubiertas por el otro plan)	Tipo (B/S/F)*	Fecha de Entrada en Vigencia MM/DD/AA	Fecha de Término MM/DD/AA	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza para la otra cobertura
Empleado:				
Nombre del Cónyuge:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				
Nombre del Dependiente:				

\* B. Ingrese 'B' cuando este dependiente esté cubierto por su plan de seguro y por el de su cónyuge (casados).

S. Ingrese 'S' si usted es el padre (o madre) al que se le ha otorgado la custodia de este dependiente y no se le exige a ninguna otra persona que pague los gastos médicos del mismo.

F. Ingrese 'F' si este dependiente está cubierto por otra persona (que no sea un miembro de su familia) a quien se le exige que pague los gastos médicos del dependiente.

Medicare – Información del Empleado: Si está inscrito en Medicare, por favor, adjunte una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*

Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

¿Está recibiendo el Seguro de Incapacidad del Seguro Social

(SSDI, por sus siglas en inglés)?  Sí  NO Fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicare - Nombre del Cónyuge/Dependiente: \_\_\_\_\_

Inscrito en la Parte A: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte A\*  No Inscrito en la Parte A (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte B: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte B\*  No Inscrito en la Parte B (eligió no inscribirse)\*\*

Inscrito en la Parte D: Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_  Inelegible para la Parte D\*  No Inscrito en la Parte D (eligió no inscribirse)\*\*

Razón para la elegibilidad para Medicare:  Mayor de 65 años  Enfermedades Renales  Incapacitado  Discapacitado pero está activo en el trabajo

\*Sólo marque "Inelegible" si ha recibido documentación de sus beneficios del Seguro Social que indica que usted no es elegible para Medicare.

\*\* Si es elegible para Medicare como cobertura primaria (Medicare paga antes de los beneficios bajo la póliza de grupo), usted debe inscribirse y mantener la cobertura bajo la Parte A, B y/o D de Medicare según corresponde.

**F. Antecedentes Médicos**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y sobre cada persona indicada en la Sección B "Información de la Familia" en la primera página de este formulario. Por favor, responda en forma completa y verdadera. **Por favor, tenga presente que si deja información fuera o hace declaraciones falsas, podemos cancelar o no renovar su cobertura, o incluso podemos cambiar su prima, retroactiva a la fecha en que su póliza entró en vigencia.**

Sí  No Durante los últimos 10 años, ¿usted o algún miembro de su familia descrito en esta solicitud ha sido tratado por una enfermedad grave? Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, cualquiera de los siguientes: cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, VIH/SIDA, trastornos mentales/nerviosos, defectos congénitos de nacimiento, trasplantes de órganos o de otro tipo, hemofilia, enfermedades hepáticas, renales, pulmonares, cardíacas o del aparato circulatorio; ¿o alguno se ha sometido a cirugía o ha incurrido en reclamos por gastos médicos/de farmacia, que excedan los \$5,000 o alguna está actualmente embarazada?

**Si la respuesta es sí, por favor, brinde detalles en la página siguiente.**

Por favor, detalle todas las respuestas afirmativas anteriores.

(Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte y no deje de fechar y firmar la hoja.)

Persona	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Medicamentos	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico

**G. Renuncia de Cobertura**

Rechazo cobertura para:

- Mí Mismo/a  
 Cónyuge  
 Hijos Dependientes  
 Mí Mismo/a y para todos mis dependientes

Rechazo de la cobertura debido a la existencia de otra:

- Plan de la Empresa del Cónyuge     Plan Individual  
 Cubierto por Medicare             Medicaid  
 COBRA de la Empresa Anterior     Elegibilidad para VA  
 Tri-Care  
 Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) otra cobertura en este momento.  
 Otro \_\_\_\_\_

Comprendo que al renunciar a la cobertura en este momento, no podré participar a menos que experimente un evento de cambio en la vida, en el próximo período de inscripciones abiertas o como persona inscrita tardíamente, si corresponde. Además, comprendo que se pueden aplicar limitaciones preexistentes según lo explicado en el folleto de Derechos y Responsabilidades que he recibido junto con este formulario.

Fecha

Firma del Empleado si renuncia a la cobertura

**H. Firma**

Autorizo a United HealthCare Insurance Company y sus afiliadas ("UnitedHealthcare y Afiliadas") a obtener, usar y divulgar mi registro médico, de reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información de salud individualmente identificable que se encuentre en dichos registros. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades (incluyendo proveedores de cuidado de la salud) así como información sobre el uso de drogas, alcohol, VIH/SIDA, salud mental (que no sean notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva.

Autorizo a cualquier proveedor de atención de la salud, administrador de beneficios farmacéuticos, otra compañía de seguros o reasegurador, hospital, clínica u otro establecimiento médico, centro de intercambio de información de salud, y cualquiera de sus Afiliadas, representantes o socios comerciales, a divulgar mi información a la UnitedHealthcare y Afiliadas. Comprendo el propósito de la divulgación y el uso de mi información por parte de UnitedHealthcare y Afiliadas a fin de que tomen decisiones sobre la elegibilidad, inscripción, suscripción y clasificación de riesgo de prima. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Sin embargo, dicho hecho afectará mi habilidad para inscribirme en el plan de salud o recibir beneficios, si lo autoriza la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi representante de UnitedHealthcare y sus Afiliadas, salvo que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. De acuerdo con lo requerido por HIPAA, UnitedHealthcare y sus Afiliadas también solicitan que yo reconozca lo siguiente, lo cual reconozco: Comprendo que la información que autorice para que una persona o entidad obtenga y use se puede volver a divulgar y ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Esta autorización, a menos que la revoque antes, vence 30 meses después de la fecha de firma.

Comprendo que estoy llenando una solicitud de seguro de salud y de vida conjunta, y que todas las respuestas deben ser completas y exactas. Solicito (Solicitamos) la cobertura médica de grupo indicada, para mí mismo y, si el plan la proporciona, para mis dependientes. Autorizo a que se deduzca de mis ganancias cualquier aporte necesario para la prima. Yo (Nosotros) no le he (hemos) dado al agente ni a ninguna otra persona ninguna información de salud no incluida en la solicitud. Yo (Nosotros) comprendo (comprendemos) que UnitedHealthcare y Afiliadas no son responsables por ninguna declaración que yo (nosotros) haya (hayamos) hecho a algún agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no son por escrito ni están impresas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto. Tengo una obligación permanente de informar sobre cambios en el estado de salud (por ejemplo, consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico recibido) después de firmar el formulario de inscripción y antes de recibir mi credencial de identificación. Por favor conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Fecha

Firma del Empleado para todas las personas que solicitan la cobertura

Firma del Cónyuge (si está solicitando la cobertura)

**I. Información del Censo (opcional)**

NOTA: La respuesta a esta pregunta es opcional, no necesaria. La recolección de datos en esta sección sólo será utilizada para ayudar a comunicarse con los afiliados y a informarles sobre programas específicos para mejorar su bienestar. Esta información no será utilizada en el proceso de elegibilidad.

1. Raza, marque todas las que correspondan:  Blanco  Afroamericano, Negro  Nativo de Hawai, de otra Isla del Pacífico  Asiático  
 Indioamericano, Nativo de Alaska  Otra raza, por favor especifique \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No